Urteilskopf

111 V 186

37. Urteil vom 19. August 1985 i.S. B. gegen Ausgleichskasse der schweizerischen Maschinen- und Metallindustrie und Versicherungsgericht des Kantons St. Gallen
Regeste (de):
Art. 7 Abs. 1 IVG: Kürzung der Invalidenrente bei Alkohol- und Tabakmissbrauch.

- Erfordernis des natürlichen und des adäquaten Kausalzusammenhangs (Erw. 2b und 3).

- Voraussetzung des grobfahrlässigen Verhaltens des Versicherten (Erw. 2c und 4).

- Grundsätze für die Festsetzung der Rentenkürzung, wenn die invalidisierende Krankheit teils auf das grobfahrlässige Verhalten des Versicherten, teils auf unverschuldete pathogene Faktoren zurückzuführen ist (Erw. 5).

Regeste (fr):
Art. 7 al. 1 LAI: Réduction de la rente d'invalidité en raison d'une consommation abusive d'alcool et de tabac.

- Exigence d'un lien de causalité naturelle et adéquate (consid. 2b et 3).

- Condition d'un comportement gravement fautif de l'assuré (consid. 2c et 4).

- Principes applicables pour fixer le taux de réduction de la rente lorsque la maladie invalidante est due en partie au comportement gravement fautif de l'assuré et en partie à des facteurs pathogènes, dont celui-ci n'est pas responsable (consid. 5).

Regesto (it):
Art. 7 cpv. 1 LAI: Diminuzione della rendita di invalidità per abuso di alcol e di tabacco.

- Esigenza di un nesso di causalità naturale e adeguata (consid. 2b e 3).

- Presupposti della negligenza grave dell'assicurato (consid. 2c e 4).

- Principi applicabili nella determinazione del tasso di diminuzione della rendita quando la malattia invalidante è dovuta in parte al comportamento gravemente negligente dell'assicurato e in parte a fattori patogeni per i quali non è responsabile (consid. 5).

Sachverhalt ab Seite 186

A.- Der 1924 geborene Versicherte musste sich 1978 wegen eines Karzinoms das rechte Stimmband entfernen lassen. Nachdem im Juni 1981 zunehmend Dyspnoe und Husten aufgetreten

waren und eine Biopsie aus dem Kehlkopf ein Karzinomrezidiv ergeben hatte, wurde im Juli 1981 die Laryngektomie durchgeführt. Da der Versicherte wegen des damit verbundenen Stimmverlustes seine bisherige Berufstätigkeit nicht mehr ausüben konnte, meldete er sich am 13. Januar 1982 bei der Invalidenversicherung zum Rentenbezug an. Die Invalidenversicherungs-Kommission holte Berichte von der Klinik für Ohren-Nasen-Halsheilkunde am Kantonsspital St. Gallen (vom 15. April 1982 und 2. Februar 1983) sowie einen Bericht der Regionalstelle (vom 13. Dezember 1982) ein und gelangte gestützt auf diese Unterlagen zum Schluss, der Versicherte sei ab 1. Mai 1982 zu 90% invalid, wobei jedoch die Rentenleistungen wegen "chronischen Alkohol- und Nikotinmissbrauchs" um 10% zu kürzen seien. Demzufolge sprach die Ausgleichskasse der schweizerischen Maschinen- und Metallindustrie dem Versicherten mit Verfügung vom 12. April 1983 eine am 1. Mai 1982 beginnende ganze, um 10% gekürzte Invalidenrente zu.

B.- Das Versicherungsgericht des Kantons St. Gallen wies die gegen die verfügte Kürzung von 10% erhobene Beschwerde mit Entscheid vom 30. November 1983 ab.

C.- B. lässt Verwaltungsgerichtsbeschwerde führen mit dem Antrag, es sei die vorinstanzlich bestätigte Kürzung der Invalidenrente aufzuheben; eventuell sei die Sache an die Verwaltung zur Vornahme weiterer Abklärungen zurückzuweisen. Während die Ausgleichskasse auf eine Vernehmlassung verzichtet, beantragt das Bundesamt für Sozialversicherung (BSV) die Gutheissung der Verwaltungsgerichtsbeschwerde.

Erwägungen

Das Eidg. Versicherungsgericht zieht in Erwägung:

1. (Kognition.)

2. a) Hat ein Versicherter die Invalidität vorsätzlich oder grobfahrlässig oder bei Ausübung eines Verbrechens oder Vergehens herbeigeführt oder verschlimmert, so können die Geldleistungen dauernd oder vorübergehend verweigert, gekürzt oder entzogen werden (Art. 7 Abs. 1 IVG). Mit der Leistungskürzung gemäss Art. 7 Abs. 1 IVG soll verhütet werden, dass die Invalidenversicherung über Gebühr mit Schäden belastet wird, welche die Betroffenen hätten vermeiden können, wenn sie die ihnen zumutbare Sorgfalt angewandt hätten. Dieses Ziel wird dadurch erreicht, dass die Versicherten die gesetzliche

Leistung entsprechend ihrem Verschulden ganz oder teilweise einbüssen (BGE 99 V 31, BGE 97 V 229 Erw. 1b; vgl. auch BGE 106 V 26 Erw. 4a). b) Voraussetzung der Verweigerung, der Kürzung oder des Entzugs von Geldleistungen im Sinne des Art. 7 Abs. 1 IVG ist, dass zwischen dem Verhalten des Versicherten und dem Eintritt oder der Verschlimmerung der Invalidität ein natürlicher und adäquater Kausalzusammenhang besteht. Ursachen im Sinne des natürlichen Kausalzusammenhanges sind alle Umstände, ohne deren Vorhandensein der eingetretene Erfolg nicht als eingetreten oder nicht als in der gleichen Weise eingetreten gedacht werden

kann (OFTINGER, Schweizerisches Haftpflichtrecht, 4. Aufl., Band I, S. 71 f.; MAURER, Schweizerisches Sozialversicherungsrecht, Band I, S. 338; BREM, Natürlicher und naturgesetzlicher Kausalzusammenhang im Haftpflichtrecht, in: ZSR NF 102/1983 I S. 311). Haftungsbegründend im Sinne des adäquaten Kausalzusammenhanges sind demgegenüber nur jene Ursachen, die nach dem gewöhnlichen Lauf der Dinge und der allgemeinen Erfahrung geeignet sind, den eingetretenen Erfolg zu bewirken, so dass der Eintritt dieses Erfolges als durch die fragliche Ursache begünstigt erscheint (OFTINGER, a.a.O., S. 72 f.), eine Umschreibung, welche nach ständiger Rechtsprechung auch im Sozialversicherungsrecht gilt (BGE 109 V 152 Erw. 3a, BGE 107 V 176 f. mit Hinweisen). Für die Feststellung natürlicher Kausalzusammenhänge im Bereich der Medizin ist die Verwaltung bzw. der Richter bisweilen auf Angaben ärztlicher Experten angewiesen. Dabei weicht der Richter nicht ohne zwingende Gründe von der Einschätzung eines medizinischen Gutachters ab, dessen Aufgabe es gerade ist, seine Fachkenntnisse der Gerichtsbarkeit zur Verfügung zu stellen, um einen bestimmten Sachverhalt medizinisch zu erfassen (in diesem Sinne - hinsichtlich der Diagnostizierung einer Krankheit - BGE 107 V 174 Erw. 3). Die Beweiswürdigung und damit die Beantwortung der Frage, ob aufgrund der Angaben des Experten der natürliche Kausalzusammenhang mit dem im Sozialversicherungsrecht üblichen Beweisgrad der überwiegenden Wahrscheinlichkeit (BGE 105 V 229 Erw. 3a) ausgewiesen ist, obliegt der Verwaltung bzw. dem Richter. Im weitern ist es eine von der Verwaltung bzw. im Beschwerdefall vom Richter zu beurteilende Rechtsfrage, ob der eingetretene Erfolg im Sinne der Lehre von der adäquaten Kausalität dem Verhalten des Versicherten

zuzurechnen ist (BGE 107 V 175 f.; MAURER, a.a.O., S. 338 f. und S. 340 ff.). c) Grobfahrlässig handelt nach der Rechtsprechung, wer jene elementaren Vorsichtsgebote unbeachtet lässt, die jeder verständige Mensch in der gleichen Lage und unter den gleichen Umständen befolgt hätte, um eine nach dem natürlichen Lauf der Dinge voraussehbare Schädigung zu vermeiden (BGE 109 V 151 Erw. 1, BGE 106 V 24 Erw. 1b, BGE 105 V 123 Erw. 2b und 214 Erw. 1). Bei Alkoholmissbrauch ist grobe Fahrlässigkeit zu bejahen, wenn der Versicherte bei der ihm angesichts seines Bildungsgrades zumutbaren pflichtgemässen Sorgfalt rechtzeitig hätte erkennen können, dass jahrelanger Missbrauch alkoholischer Getränke die Gefahr einer schweren Gesundheitsschädigung in sich birgt, und wenn er imstande gewesen wäre, entsprechend dieser Einsicht sich des übermässigen Alkoholkonsums zu enthalten (BGE 104 V 1 Erw. 2a mit Hinweisen). Diese Grundsätze gelten ebenfalls im Zusammenhang mit dem Tabakmissbrauch (BGE 104 V 1 Erw. 2a in fine; ZAK 1983 S. 119 Erw. 1a, je mit Hinweisen).
Die Beurteilung, ob Grobfahrlässigkeit vorliegt, obliegt als Rechtsfrage ebenfalls der Verwaltung bzw. im Beschwerdefall dem Richter, und nicht dem Arzt.

3. a) In tatsächlicher Hinsicht steht aufgrund der unbestritten gebliebenen Angaben in den Attesten des Kantonsspitals vom 15. April 1982 sowie 2. Februar 1983 und im Bericht der Regionalstelle vom 13. Dezember 1982 fest, dass der Beschwerdeführer seit der Rekrutenschule anfänglich 20, später bis zu 40 Zigaretten täglich geraucht und seit etwa 10 Jahren zum Essen einen halben Liter Rotwein im Tag getrunken hat. Aufgrund der Angaben des Kantonsspitals vom 2. Februar 1983 ist anzunehmen, dass der Beschwerdeführer diesen Alkohol- und Tabakkonsum auch nach der Stimmbandentfernung im Jahre 1978 fortgesetzt hat; erst seit der Laryngektomie im Juli 1981 beschränkte er sich, was den Tabak betrifft, auf das Rauchen von zwei bis drei Stumpen im Tag. b) Unter Berufung auf MAURER (Fragwürdige Kürzungen der Invalidenrente wegen grober Fahrlässigkeit, in: SZS 1984 S. 65 ff.) wird in der Verwaltungsgerichtsbeschwerde geltend gemacht, vorliegend sei der natürliche Kausalzusammenhang zwischen dem Alkohol- bzw. Tabakkonsum und dem invalidisierenden Gesundheitszustand (Status nach Laryngektomie wegen Kehlkopfkarzinoms) nicht erstellt; insbesondere sage der Bericht des Kantonsspitals

vom 2. Februar 1983, worin Dr. med. T. den Beschwerdeführer im Hinblick sowohl auf den Nikotinverbrauch als auch auf den Alkoholkonsum der Uneinsichtigkeit bezichtigt habe, nichts über den erforderlichen natürlichen Kausalzusammenhang aus. Selbst wenn die Gefahr, an Kehlkopfkrebs zu erkranken, für Raucher im allgemeinen wahrscheinlich höher einzustufen sei, sei dadurch keineswegs erwiesen, dass der Kehlkopfkrebs des Beschwerdeführers nicht aufgetreten wäre, wenn er nie geraucht hätte; denn in der statistischen Wahrscheinlichkeit eines höheren Erkrankungsrisikos für Raucher liege nach der zutreffenden Auffassung MAURERS kein genügender Beweis für die natürliche Kausalität zwischen dem Rauchen und dem Eintritt der Invalidität im jeweiligen Einzelfalle. Die diesbezüglich erforderlichen Abklärungen seien vorliegend unterblieben und müssten nachgeholt werden. Es ist einzuräumen, dass beim Alkohol- und noch vermehrt beim Tabakmissbrauch die Feststellung des natürlichen Kausalzusammenhanges zwischen dem Fehlverhalten und der invalidisierenden gesundheitlichen Schädigung bisweilen Schwierigkeiten bereitet. Die meisten der in Frage kommenden Krankheiten - insbesondere auch Karzinome - können erfahrungsgemäss auch ohne solches Fehlverhalten eintreten; umgekehrt führt oft selbst exzessiver Tabakmissbrauch zu keinen gesundheitsschädigenden Folgen. Fraglich ist also, ob dort, wo erfahrungsgemäss Alkohol- oder Tabakmissbrauch bestimmte Erkrankungen zu bewirken vermag, im Einzelfall zusätzlich der strikte Nachweis geleistet werden muss, dass der Schaden nicht auch ohne das Fehlverhalten schicksalsmässig eingetreten wäre. In diesem Zusammenhang ist auf STEINBRECHER/SOLMS (Herausgeber von Sucht und Missbrauch, 2. Aufl., S. IV/167) zu verweisen, wo ausgeführt wird: "Überblickt man die vorstehend geschilderten Befunde, die bei Sucht und Missbrauch an verschiedenen Organsystemen festgestellt werden können, so ergibt sich vor allem unter dem Gesichtspunkt der statistischen Sicherung die Tatsache, dass eine Reihe schwerster, morphologisch fassbarer Schädigungen bekannt ist, die bei Sucht und Missbrauch auftreten können. Bis auf wenige Ausnahmen sind diese Veränderungen aber nicht streng spezifisch und erlauben oft keinen sicheren Rückschluss auf den vorausgegangenen Missbrauch. In den einzelnen Abschnitten wurde ausgeführt, dass auch der Wirkungsmechanismus des exogen zugeführten Giftes im einzelnen meist noch nicht geklärt ist. Wahrscheinlich spielen sehr oft Faktorenkoppelungen eine entscheidende Rolle. Hierbei sind vor allem Konstitution, Ernährungsfaktoren und zusätzliche Entzündungsprozesse zu nennen. Die Exposition allein genügt nicht immer, um einen oft lebensbedrohenden und irreversiblen, morphologisch fassbaren Schaden zu setzen.

Diese Feststellung ändert aber nichts an der Tatsache, dass für die Realisierung der Schäden dem jeweiligen Gift, das als Suchtmittel oder im Rahmen eines Missbrauchs zugeführt wird, eine und oft die entscheidende ursächliche Bedeutung zukommt. Die allgemeine Pathologie lehrt, dass für das Zustandekommen eines Krankheitsprozesses oder einer krankhaften Organveränderung meist mehrere Bedingungen ursächlich von Bedeutung sind, wobei exogene und endogene Faktoren zusammen, aber auch gegeneinander wirken können. Es lässt sich nicht mit Sicherheit voraussagen, in welcher Weise Sucht und Missbrauch im einzelnen Fall zu schweren Organveränderungen führen, da die mitgestaltenden individuellen Faktoren oft nicht abzuschätzen sind. Es bleibt aber unzweifelhaft, dass dem Missbrauch von Genussgiften und der Sucht oft die entscheidende ursächliche Bedeutung als exogener Faktor für schwerste, auch morphologisch fassbare Organveränderungen zukommt, die die Lebenserwartung stark verkürzen." Die verfügbaren medizinischen Publikationen über die Auswirkungen des Rauchens (vgl. besonders LEU/SCHAUB, Der Einfluss des Rauchens auf die Mortalität und die Lebenserwartung der Schweizer Wohnbevölkerung, in: Schweizerische Medizinische Wochenschrift 1983 S. 3 ff.) enthalten, worauf MAURER hinweist (SZS 1984 S. 93 ff.), lediglich korrelative Angaben, die nur mittelbar eine - vorsichtige - Interpretation der kausalen Sachzusammenhänge gestatten. Weil somit eine strikte naturwissenschaftliche Beweisführung, dass ohne den Missbrauch kein Schaden eingetreten wäre, derzeit praktisch unmöglich ist, muss hier - wie in den anderen Bereichen der Sozialversicherung - der Beweisgrad

der überwiegenden Wahrscheinlichkeit genügen. Damit wird, entgegen der Auffassung MAURERS, das Erfordernis des natürlichen Kausalzusammenhanges im Rahmen von Art. 7 Abs. 1 IVG keineswegs preisgegeben. Denn ausschlaggebend ist, dass von Gesetzes wegen allein schon die blosse Verschlimmerung (Art. 7 Abs. 1 IVG) der Invalidität zur Kürzung (oder sogar zum gänzlichen Entzug) der Geldleistungen führt, ein Gesichtspunkt, der von MAURER wenn nicht übersehen, so doch vernachlässigt wird (vgl. besonders SZS 1984 S. 90 Ziff. IV/1). Selbst in Fällen, in denen die natürliche Kausalität für den Ausbruch einer Krankheit nicht mit genügender Wahrscheinlichkeit nachgewiesen ist, wird durch das gesundheitsschädliche Verhalten der Verlauf der Krankheit doch mindestens gefördert oder beschleunigt, so dass wenigstens in diesem Rahmen die natürliche Kausalität gegeben ist. c) Was den Alkoholkonsum im vorliegenden Fall anbelangt, erwog das kantonale Gericht, es sei "medizinisch nicht belegt und wohl auch nicht anzunehmen", dass die Kehlkopferkrankung

durch Alkoholmissbrauch verursacht worden sei. Dies scheint zu absolut formuliert zu sein; jedenfalls erklärt GROSSENBACHER (Rauchen und seine Folgen in der Otorhinolaryngologie, in: Therapeutische Rundschau 1983 S. 126): "Der Äthylalkohol selbst stellt kein eigentliches Karzinogen dar, er scheint jedoch die Potenz anderer Karzinogene, wie z.B. die aromatischen Kohlenwasserstoffe des Tabakrauchs, erheblich zu verstärken." Im vorliegenden Fall darf aber davon ausgegangen werden, dass der angegebene Rotweinkonsum zum Essen von einem halben Liter täglich noch nicht als Alkoholmissbrauch zu qualifizieren ist, der die Krebsanfälligkeit erheblich zu fördern vermochte. Aus diesem Grunde ist die natürliche Kausalität des Alkoholkonsums vorliegend zu verneinen. d) Was das Rauchen betrifft, nahm das kantonale Gericht unter Hinweis auf einen ähnlich gelagerten, durch die AHV-Rekurskommission des Kantons Zürich beurteilten Fall an, selbst der medizinische Laie sehe ein, dass zwischen dem eindeutig übermässigen Nikotingenuss und der Krebserkrankung des Kehlkopfes ein kausaler Zusammenhang bestehe. Das BSV hält dem entgegen, nach Ansicht seines ärztlichen Dienstes lasse sich "im vorliegenden Fall kein genügend enger Kausalzusammenhang zwischen den Rauchgewohnheiten des Versicherten und dem aufgetretenen Kehlkopfkrebs nachweisen"; das Bundesamt verweist dabei auf ZÖLLNER, Hals-Nasen-Ohren-Heilkunde, 3. Aufl., S. 294, wo es heisst: "Ob Tabak eine ursächliche Rolle spielt, ist nicht sicher, wahrscheinlich ist er nicht der einzige." Eine Durchsicht der einschlägigen medizinischen Publikationen führt indessen zu einem anderen Ergebnis. Zwar sagt RÜEDI (in: Handbuch der inneren Medizin, 4. Aufl., Band IV/2) ebenfalls, die Ursachen der gutartigen und bösartigen Geschwulstbildungen im Kehlkopf seien unbekannt (S. 2 unten); er fährt aber fort, dass Larynxtumoren, allerdings viel seltener, auch ohne Alkohol- oder Tabakabusus auftreten könnten (a.a.O., S. 3 oben). Und vorgängig schreibt er, dass Tabakrauch den Kehlkopfkrebs durch die örtliche Einwirkung von aromatischen Ölen fördere; schon kleinste, chronisch einwirkende Schädigungen könnten an und für sich gewisse krankhafte Veränderungen des Kehlkopfes bewirken (a.a.O., S. 2). Auch GROSSENBACHER erklärt in seiner aus neuester Zeit stammenden Abhandlung (a.a.O., S. 126): "Ein Zusammenhang zwischen Rauchen und Karzinomentstehung ist für das Karzinom im Larynx, im Oropharynx, im Hypopharynx sowie der

Mundhöhle bewiesen, für die übrigen Lokalisationen ist dieser Zusammenhang nicht bewiesen." Weiter erwähnen OBRECHT/WEBER (Tabakrauch und Krebs, in: Therapeutische Rundschau 1983), dass das Tabakrauchen das Karzinomrisiko u.a. am Larynx erhöhe (S. 158, 160), wobei aber das Ausmass, in welchem der Tabakrauch an der Entstehung der Karzinome beteiligt ist, offengelassen wird. Sodann ist auf BIENER (Kehlkopfkarzinom nach Alkohol- und Tabakmissbrauch, in: Schweizerische Medizinische Wochenschrift 1979

S. 1568) hinzuweisen, der unter Bezugnahme auf eine australische Studie erklärt, dass Krebserkrankungen im Kopf-Hals-Ösophagus-Bereich in engem Zusammenhang mit Tabak- und Alkoholkonsum, besonders in kombinierter Form, stehen. Schliesslich ist der 1982 erschienene Bericht "The Health Consequences Of Smoking/Cancer" des amerikanischen Surgeon General zu erwähnen. Daraus geht hervor, dass Zigarettenrauchen die Hauptursache für Kehlkopfkrebs in den Vereinigten Staaten sei und dass das Risiko einer solchen Krebserkrankung mit steigendem Zigarettenkonsum zunehme; die Gefahr, an Kehlkopfkrebs zu sterben, sei für schwere Raucher zwischen zwanzig- und dreissigmal höher als für Nichtraucher.
e) Vorliegend trifft es zu, dass sich die von der Invalidenversicherungs-Kommission eingeholten Atteste nur indirekt zur Kausalität äussern. Der Bericht des Kantonsspitals vom 15. April 1982 erwähnt nur im Anschluss an die Diagnose "Äthylabusus, Nikotinabusus". Im Bericht vom 2. Februar 1983 der Klinik heisst es lediglich: "Trotz eingehender Aufklärung über die Risikofaktoren für seine Krankheit trinkt der Patient nach wie vor nach eigenen Angaben im Minimum 1/2 Liter Rotwein pro Tag und raucht drei Stumpen pro Tag, was nur als Uneinsichtigkeit gewertet werden kann." Dennoch ist aufgrund der in Erwägung 3d hievor wiedergegebenen medizinischen Angaben vorliegend der Schluss zu ziehen, dass der als Tabakmissbrauch zu bezeichnende jahrzehntelange, massive Konsum von 20-40 Zigaretten täglich das Kehlkopfkarzinom wenn auch eventuell nicht ausschliesslich verursacht, so doch mindestens erheblich gefördert hat. Besondere Bedeutung kommt dabei dem Umstand zu, dass der Beschwerdeführer selbst nach der ersten Stimmbandoperation im Jahre 1978 den Tabakgenuss nicht aufgab, womit er die Krankheitsentwicklung bis zur Entfernung des Kehlkopfes (Juli 1981) mit überwiegender Wahrscheinlichkeit noch zusätzlich förderte. Das gleiche gilt in bezug auf den Konsum von zwei bis drei Stumpen täglich seit der Laryngektomie;

denn laut dem Bericht der Regionalstelle vom 13. Dezember 1982 müsse der Beschwerdeführer morgens jeweils während etwa drei Stunden Schleim aushusten, damit er einigermassen normal arbeiten könne; er reagiere auch sehr empfindlich auf Staub und andere Luftverunreinigungen sowie Zugluft. Dies trifft auch auf den Stumpenrauch zu, wird doch durch den Tabakrauch die lokale Immunabwehr des Respirationstrakts beeinträchtigt (vgl. MEDICI, IgE-Erhöhung durch Rauchen, in: Schweizerische Medizinische Wochenschrift 1985 S. 220 unten). Offensichtlich in diesem Sinne ist auch die Bemerkung im erwähnten Klinikbericht vom 2. Februar 1983 zu interpretieren, dass der fragliche Alkohol- und Tabakkonsum des Beschwerdeführers "nur als Uneinsichtigkeit gewertet" werden könne. Unter diesen Umständen ist der Tabakmissbrauch des Beschwerdeführers im Sinne des natürlichen Kausalzusammenhanges mindestens als Teilursache für die Verschlimmerung des invalidisierenden Krebsleidens zu betrachten. Des weitern muss der Tabakmissbrauch für die Verschlimmerung der Krebskrankheit als adäquat kausal gewertet werden.

4. a) Was die Verschuldensfrage anbelangt, lässt der Beschwerdeführer, wiederum unter Hinweis auf MAURER (SZS 1984 S. 86 ff.), einwenden, es sei nicht belegt, dass "sein Verhalten als grobfahrlässig zu qualifizieren ist, das überdies krass und augenfällig sein müsste", wie dies aus den Gesetzesmaterialien hervorgehe. Werden die von MAURER erwähnten Stellen aus dem Bericht der Expertenkommission vom 30. November 1956 (S. 47) und der bundesrätlichen Botschaft vom 24. Oktober 1958 (BBl 1958 II 1164) im Gesamtzusammenhang des Textes gewürdigt, so ergibt sich daraus keineswegs, dass der Gesetzgeber in Art. 7 Abs. 1 IVG einen qualifizierten Begriff der Grobfahrlässigkeit habe einführen wollen. Abgesehen hievon wäre darauf hinzuweisen, dass die von MAURER angenommene Absicht der gesetzgebenden Organe im Gesetzestext keinen Niederschlag gefunden hat. Dadurch, dass Art. 7 Abs. 1 IVG als Kann-Vorschrift formuliert ist, wird - entgegen der Auffassung von MAURER (SZS 1984 S. 90 lit. cc) - den Invalidenversicherungs-Kommissionen kein Entschliessungsermessen, sondern lediglich die Kompetenz im Sinne einer Berechtigung und Verpflichtung eingeräumt, die Kürzung zu verfügen, wenn die gesetzlichen Voraussetzungen erfüllt sind. Unter diesen Umständen könnte den Materialien selbst dann, wenn sie im Sinne der von Maurer vertretenen Auffassung zu verstehen wären, im Rahmen der Auslegung keine entscheidende Bedeutung

zukommen (BGE 109 Ia 303 mit Hinweisen; vgl. auch BGE 110 V 59 f.; GRISEL, Traité de droit administratif, S. 129). Vielmehr ist dem Begriff der Grobfahrlässigkeit nach Art. 7 Abs. 1 IVG - im Sinne einer einheitlichen Gesetzesauslegung - jene Bedeutung beizumessen, wie sie sonst im Sozialversicherungsrecht massgeblich ist. Auf diesen wichtigen Gesichtspunkt einer harmonisierenden Gesetzesauslegung hat MAURER in anderem Zusammenhang verschiedentlich hingewiesen (vgl. z.B. MAURER, Schweizerisches Sozialversicherungsrecht, Band I, S. 222; derselbe, Rechtsfortbildung durch die sozialgerichtliche Rechtsprechung in der Schweiz, in: SZS 1972 S. 196). Es besteht kein Anlass, im vorliegenden Zusammenhang von diesem Prinzip abzuweichen. In diesem Sinne sieht übrigens auch Art. 25 Abs. 1 des Entwurfes zu einem Allgemeinen Teil der Sozialversicherung einen einheitlichen Begriff der Grobfahrlässigkeit im Zusammenhang mit der Herbeiführung oder Verschlimmerung eines Gesundheitsschadens vor (Bericht S. 68 Beiheft zu SZS 1984). Aus diesen Gründen ist an der Umschreibung des Begriffs der Grobfahrlässigkeit auch im Rahmen von Art. 7 Abs. 1 IVG gemäss Erw. 2c hievor festzuhalten. b) Im vorliegenden Fall ist davon auszugehen, dass dem Beschwerdeführer die gesundheitlichen Gefährdungen eines jahrzehntelangen, massiven Tabakmissbrauchs im Ausmass von 20 bis 40 Stück Zigaretten im Tag bekannt waren. Dazu kommen die durch den Bericht des Kantonsspitals vom 2. Februar 1983 belegten ausdrücklichen, unbeachtet gebliebenen ärztlichen Warnungen im Verlaufe des Krankheitsgeschehens. Dabei ist nicht von Belang, ob sich der Beschwerdeführer die richtigen Vorstellungen von der genauen Art des Gesundheitsrisikos bzw. von der Lokalisation einer möglichen Krebserkrankung in einem bestimmten Organ machte. Ferner fehlen im vorliegenden Fall Anhaltspunkte dafür, dass eine Nikotinsucht im Sinne einer unüberwindbaren psychischen Abhängigkeit mit Krankheitswert (BGE 102 V 165) entweder schon von Anfang an bestand oder aber im Verlaufe der Entwicklung eintrat. In der Medizin wird denn auch die Überwindbarkeit des Tabakmissbrauches bejaht (vgl. statt vieler SCHÄR, Leitfaden der Sozial- und Präventivmedizin, 3. Aufl., S. 183 ff.). Bei dieser Sachlage hat der Beschwerdeführer mit dem jahrzehntelangen, massiven Tabakmissbrauch ein elementares Vorsichtsgebot der gesundheitlichen Schonung in schwerwiegender Weise

missachtet, was die Annahme eines grobfahrlässigen Verhaltens rechtfertigt.

5. Liegt nach dem Gesagten eine grobfahrlässige Verschlimmerung der Invalidität durch Tabakmissbrauch im Sinne eines natürlichen und adäquaten Teilfaktors grundsätzlich vor, bleibt das Mass der verfügten Rentenkürzung zu prüfen. a) Die grobfahrlässige Herbeiführung oder Verschlimmerung der Invalidität zieht grundsätzlich nicht den gänzlichen Entzug der Geldleistungen, sondern bloss deren angemessene Kürzung nach sich. Der Kürzungssatz bestimmt sich ausschliesslich nach dem Verschulden des Versicherten (BGE 104 V 2 Erw. 2b, BGE 97 V 229 Erw. 1b; vgl. auch BGE 106 V 23 Erw. 1a mit Hinweisen). Praxisgemäss lässt sich unter der Voraussetzung, dass die Invalidität einzig durch den Alkoholismus verursacht worden ist und der Versicherte den Alkoholismus voll zu verantworten hat, eine Kürzung von höchstens 50% rechtfertigen. Ist an der Invalidität ein zusätzlicher Gesundheitsschaden beteiligt, so ist das Verhältnis der die Invalidität bewirkenden Faktoren zueinander abzuklären und der Alkoholmissbrauch als Kausalitätsfaktor bei der Bemessung der Kürzung anteilsmässig festzusetzen (BGE 104 V 2 Erw. 2b, BGE 97 V 230 Erw. 1c). b) Im vorliegenden Fall beruht die invalidisierende Krankheit teils auf dem Tabakmissbrauch, teils auf unverschuldeten pathogenen Faktoren. Das Verschulden ist deshalb nur im Rahmen jenes Sachverhaltsanteiles zu berücksichtigen, in dem es sich ausgewirkt hat. Bei der Festlegung dieses auf das grobfahrlässige Verhalten zurückzuführenden Kausalfaktors

wäre deshalb bei methodisch exaktem Vorgehen zuerst der Invaliditätsgrad als solcher (Gesamtinvalidität) zu ermitteln. Danach wäre der Kausalitätsanteil auszuscheiden, der auf dem grobfahrlässigen Verhalten beruht. Sodann müsste die Schwere dieses Selbstverschuldens festgestellt werden, die ihrerseits für die Bestimmung des Kürzungssatzes ausschlaggebend ist. Nach Massgabe des auf Grobfahrlässigkeit beruhenden Kausalanteils einerseits und der Schwere dieses Verschuldens (Kürzungssatz) anderseits wäre schliesslich die effektive Kürzung der Invalidenrente zu errechnen. Die Anwendung einer solchen arithmetisch exakten Berechnungsmethode vermöchte indessen noch keineswegs zu gewährleisten, dass das Ergebnis der Kürzung stimmt, weil das Resultat in erster Linie von den Vorgaben, d.h. vom selbstverschuldeten Kausalanteil einerseits und von der für den Kürzungssatz massgebenden

Schwere des Selbstverschuldens anderseits abhängt. Beide Vorgaben sind Ermessensfragen teils tatsächlicher, teils rechtlicher Natur, die ihrerseits schwierig festzustellen und notwendigerweise Gegenstand von Schätzungen sind. Da demnach die Unsicherheit der materiellen Berechnungsgrundlagen die Anwendung einer an sich exakten Berechnungsmethode als fragwürdig erscheinen lässt, bleibt nichts anderes übrig, als die Kürzung aufgrund der beiden Faktoren des selbstverschuldeten Kausalanteils einerseits und der Schwere des Selbstverschuldens anderseits in jedem Einzelfall nach billigem Ermessen zu schätzen.
c) Im vorliegenden Fall fehlen nähere medizinische Angaben über den Kausalanteil, der dem betriebenen Tabakmissbrauch zukommt. Es steht lediglich mit überwiegender Wahrscheinlichkeit fest, dass der Tabakmissbrauch im Sinne eines Teilfaktors zumindest die Krankheitsentwicklung erheblich gefördert hat. Der vom Beschwerdeführer zu verantwortende natürliche Kausalanteil, der vollumfänglich auch als adäquater Kausalanteil zu qualifizieren ist, könnte durch weitere medizinische Abklärungen kaum exakter bestimmt werden, weshalb eine Rückweisung der Sache an die Verwaltung zur Aktenergänzung keinen Sinn hat. Unter Berücksichtigung aller Umstände des vorliegenden Falles ist es nicht zu beanstanden, dass Verwaltung und Vorinstanz ermessensweise die Kürzung der Rentenleistungen auf 10% festgesetzt haben.

Dispositiv

Demnach erkennt das Eidg. Versicherungsgericht:
Die Verwaltungsgerichtsbeschwerde wird abgewiesen.